KPMG
cutting through complexity™

PLEXUS

Eerste resultaten substitutiemonitor 2015 – Uitkomsten van de ex-ante afsprakenmonitor 2015

Maart 2015



Inhoud

1 Managementsamenvatting

Substitutie van zorg is één van de strategieën van zowel VWS als veldpartijen om de zorg in Nederland betaalbaar te houden en waar mogelijk dichtbij aan te bieden. Om deze reden is substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn als speerpunt opgenomen binnen de convenanten eerste lijn en medisch specialistische zorg voor 2014-2017. Door substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn gaan huisartsen en zorggroepen extra zorg leveren. Dit kan leiden tot een overschrijding van het budgettaire kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Op het moment dat de overschrijding wordt veroorzaakt door gewenste, gecontracteerde substitutie is het onwenselijk dat het macrobeheersinstrument wordt ingezet. Als er door substitutie minder is uitgegeven in de tweede lijn zou een deel van het vrijgekomen budget kunnen worden overgeheveld naar de eerste lijn. Hiermee kan de overschrijding in de eerste lijn worden gecompenseerd.

Inzicht in de opvulling van de totale kaders en de invloed van substitutie hierop is gewenst om eventuele verschuivingen tussen financiële kaders mogelijk te maken. Om meer inzicht te krijgen is de substitutiemonitor ontwikkeld door ZN in overleg met LHV, InEen, NVZ, NFU, OMS, NPCF en VWS. De substitutiemonitor bestaat uit drie onderdelen: een ex-ante afsprakenmonitor, een ex-post monitor van kosten en volume eerste lijn en een ex-post monitor van kosten en van volume in de tweede lijn. In deze rapportage beschrijven we de eerste resultaten van de substitutiemonitor voor 2015. Deze resultaten komen voort uit de ex-ante afsprakenmonitor 2015.

De ex-ante afsprakenmonitor 2015 is een uitvraag die door individuele zorgverzekeraars is aangeleverd. In de uitvraag zijn zorgverzekeraars gevraagd om hun verwachte schadelast aan te leveren voor 2015 voor huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg, medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast zijn ze gevraagd om de gemaakte en verwachte substitutieafspraken voor 2015 aan te leveren. Dit zijn niet alleen specifieke substitutieafspraken voor directe verschuiving van zorg van tweede naar eerste lijn. Deze substitutieafspraken omvatten ook een deel van de extra investeringen in de eerste lijn ten behoeve van substitutie (bijvoorbeeld ketenzorg) met als doel kostengroei in de tweede lijn af te remmen; hierbij is geen één-op-één link met besparingen in de tweede lijn afgesproken. De som van de antwoorden van de individuele zorgverzekeraars geeft op landelijk niveau inzicht in de verwachte financiële uitkomsten van de zorginkoop 2015. Daarnaast geeft het inzicht in de invloed van substitutieafspraken op deze uitkomsten.

Er zijn een aantal conclusies te trekken op basis van de uitkomsten van de ex-ante afsprakenmonitor voor 2015. Ten eerste valt de verwachte totale schadelast voor 2015 op dit moment binnen de begrote kaders voor 2015. Daarnaast verwachten zorgverzekeraars in 2015 voor minimaal €45 miljoen aan substitutieafspraken te maken binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Deze substitutieafspraken worden deels vanuit de 2,5% groei van het eerste lijnskader zelf gefinancierd en deels vanuit besparingen in de medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg en in andere domeinen zoals diagnostiek en farmacie. De huidige omvang van de substitutieafspraken is waarschijnlijk een onderschatting omdat een deel van de afspraken nog moet worden gemaakt en niet in de verwachting is opgenomen.

Veelvoorkomende onderwerpen voor substitutie zijn KNO, dermatologie, cardiologie / CVRM, diabetes mellitus type II, COPD / astma, bewegingsapparaat, POH-GGZ en kwetsbare ouderen. In de medisch specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg wordt door substitutieafspraken een besparing verwacht van respectievelijk €26,7 miljoen en €4,9 miljoen. Deze besparing wordt niet in zijn geheel overgeheveld naar de eerste lijn (€13,0 en €3,9 miljoen, respectievelijk). Dit is conform de verwachting dat de gesubstitueerde zorg in de eerste lijn voor minder geld kan worden geleverd.

De uitkomsten van de ex-ante afsprakenmonitor voor 2015 laten zien dat er een eerste stap is gezet in het maken van specifieke substitutieafspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders. Uit dit onderzoek blijkt dat een aantal factoren van invloed zijn op de omvang van substitutieafspraken. Aan de kant van de zorgverzekeraars betreft dit de integratie van inkoop eerste en tweede lijn en de budget neutrale overheveling van middelen van de tweede naar de eerste lijn. Dit vormt op dit moment een drempel voor de extra investering in de eerste lijn. Aan de kant van de eerste

lijnszorgaanbieders betreft het de schaalgrootte van de substitutieprojecten en de organisatiegraad van de eerste lijn. Daarnaast vereist substitutie vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn dat tweedelijns zorgaanbieders bepaalde zorg gaan loslaten, hetgeen indruist tegen korte termijn exploitatiebelangen. Als laatste is zowel voor zorgaanbieders als zorgverzekeraars de aantoonbaarheid van substitutie van de tweede naar de eerste lijn een complicerende factor voor het concreet maken van substitutieafspraken. De ontwikkeling van de substitutiemonitor heeft bij alle partijen extra bewustwording gecreëerd voor het maken van substitutieafspraken. Dit geeft hoop dat er in 2016 meer concrete substitutieafspraken worden gemaakt.

Dit rapport geeft een eerste indicatie van de verwachtingen voor 2015. Ex-post monitoring van de schadelast en substitutieafspraken gaan voortschrijdend inzicht geven in de kans op een overschrijding en de mogelijke invloed van substitutie hierop. Indien er sprake zou zijn van een overschrijding van het kader kan verdiepend onderzoek naar de oorzaak van de overschrijding gewenst zijn.

2 Inleiding

2.1 Substitutie kan effect hebben op de financiële kaders

Substitutie van zorg is één van de strategieën van zowel VWS als veldpartijen om de zorg in Nederland betaalbaar te houden en waar mogelijk dichtbij aan te bieden. Om deze reden is substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn als speerpunt opgenomen binnen de convenanten eerste lijn en medisch specialistische zorg voor 2014-2017[1, 2]. Hierin wordt substitutie binnen de medisch specialistische zorg gezien als de manier om de volumegroei van de afgelopen jaren af te buigen naar 1% groei[2]. Binnen de eerste lijn is 1,5% extra groei (bovenop 1% volumegroei) van het budget van 2015-2017 toegekend om substitutie, innovatie en belonen op uitkomsten te stimuleren[1]. Naast de in totaal 2,5% groei is er ook groeiruimte voor extra afspraken in de eerste lijn als elders de kosten zichtbaar dalen ten gevolge van die afspraken (aantoonbare substitutie)[1, 2].

Substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn omvat twee bewegingen. Ten eerste omvat het de verplaatsing van huidige zorg en middelen van de tweede naar de eerste lijn[3]. Daarnaast omvat substitutie het behoud van doelgroepen in de eerste lijn en het voorkomen dat deze patiënten in de toekomst tweede lijnszorg nodig hebben.

Het leveren van de extra zorg door huisartsen wegens substitutie kan zorgen voor een overschrijding van het budgettaire kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het inzetten van het macrobeheersinstrument voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is onwenselijk wanneer de overschrijding van het kader wordt veroorzaakt door gewenste, gecontracteerde substitutie[1]. Zeker wanneer deze substitutie heeft geleid tot een daling van zorgproductie en zorgkosten in de tweede lijn. Op dat moment zou er binnen de andere budgettaire kaders in de tweede lijn ruimte moeten zijn ontstaan om de overschrijding in het budgettaire kader huisartsenzorg te compenseren[2].

Om eventuele verschuivingen tussen financiële kaders mogelijk te maken is inzicht nodig in de opvulling van de totale kaders en de invloed van substitutie hierop. In de convenanten eerste lijn en medisch specialistische zorg is daarom afgesproken dat er een monitoringsinstrument wordt ontwikkeld[1,2]. Na het sluiten van deze convenanten in juli 2013 zijn de betrokken partijen aan de slag gegaan met de ontwikkeling van dit monitoringsinstrument dat de substitutiemonitor wordt genoemd. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft hierbij de rol als trekker van dit project op zich genomen. Dit heeft geleid tot een voorstel voor de substitutiemonitor in mei 2014. Op basis hiervan heeft ZN KPMG Plexus gevraagd om het proces te begeleiden rondom de definitieve besluitvorming over de inrichting van de substitutiemonitor. Hiertoe heeft KPMG Plexus in de periode augustus tot en met december 2014 meerdere bijeenkomsten georganiseerd tussen ZN, LHV, InEen, NVZ, NFU, OMS, NPCF en VWS. Op basis van deze bijeenkomsten heeft KPMG Plexus een definitief voorstel voor de substitutiemonitor opgesteld dat aan het bestuurlijk overleg eerste lijn en bestuurlijk overleg MSZ is voorgelegd in december 2014. In deze overleggen zijn de bestuurders akkoord gegaan met de opzet voor de substitutiemonitor.

[1] *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017*, 16 juli 2013, http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-eerste-lijn-2014-tot-en-met-2017.html
[2] *Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017*, 16 juli 2013, http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-medisch-specialistische-zorg-2014-t-m-2017.html
[3] De focus van dit rapport ligt op de substitutie naar de medisch specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg. Dit is wat we hier onder de tweede lijn verstaan. Onder de eerste lijn verstaan we de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg.

2.2 Een substitutiemonitor voor meer grip op de kaders

De huidige opzet van de substitutiemonitor is gericht op het krijgen van meer grip op de opvulling van de budgettaire kaders en het effect van substitutie op deze kaders. De substitutiemonitor bestaat uit drie onderdelen. Tabel 1 geeft een toelichting op de drie onderdelen en de informatie die uit de onderdelen wordt verzameld. ZN is verantwoordelijk voor de bundeling van de gegevens in een rapportage die elk kwartaal wordt ververst en inzichtelijk is voor de betrokken partijen.

Tabel 1 Inrichting van de drie onderdelen van de substitutiemonitor

Onderdeel	Tijdstip van meting	Inzicht voor contractjaar (t) compleet	Geeft informatie over	Bron
Afsprakenmonitor (ex-ante en ex-post)	Ex-ante: 1e kwartaal contractjaar (t)	Zie alle ex-post onderdelen	Verwachting van de totale schadelast voor contractjaar (t) voor HA, MDZ, MSZ en GGZ Omvang van gemaakte en verwachte substitutieafspraken voor contractjaar (t)	Gegevens uitvraag bij zorgverzekeraars
	Ex-post: 1e kwartaal na afsluiting contractjaar (t+1)	Een jaar en één kwartaal na start van contractjaar (t+1)	Daadwerkelijke omvang van gemaakte substitutieafspraken voor contractjaar (t)	Gegevens uitvraag bij zorgverzekeraars
Ex-post monitor eerste lijn	Ieder kwartaal	Een jaar en één kwartaal na start van contractjaar (t+1)	Kosten- en volumeontwikkeling in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	Declaratiedata eerste lijn
Ex-post monitor tweede lijn	Kwartalen Q2, Q3 en Q4	Twee jaar en een kwartaal na start contractjaar (t+2)	Bijgestelde verwachting van de totale schadelast voor MSZ en GGZ voor contractjaar (t)	Ramingen van zorgverzekeraars voor ZINL / ZN
	Ieder kwartaal	Twee jaar en een kwartaal na start contractjaar (t+2)	Inzicht in volumeontwikkeling MSZ	Declaratiedata MSZ

De drie verschillende onderdelen van de substitutiemonitor geven tezamen een drietal inzichten. Ten eerste geeft de substitutiemonitor voortschrijdend inzicht in mogelijke overschrijdingen van het budgettair kader zorg door inzicht op landelijk niveau in de begrote, verwachte en gerealiseerde/geraamde schadelast voor de huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg, medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast geeft de substitutiemonitor ex-ante en ex-post inzicht in de schadelast voor gemaakte en verwachte substitutieafspraken voor het contractjaar en eventuele verschuivingen tussen financiële kaders door substitutie in het contractjaar. Als laatste geeft de monitor inzicht in patiëntaantallen in verschillende sectoren met behulp van een aantal algemene volumematen voor huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en medisch specialistische zorg. Hier kunnen algemene volumetrends mee in kaart worden gebracht.

In deze rapportage leest u de uitkomsten van de ex-ante afsprakenmonitor voor het contractjaar 2015. Dit zijn de eerste resultaten van de substitutiemonitor voor 2015. In de loop van het jaar 2015 wordt een deel van deze cijfers bijgesteld op basis van nieuwe metingen binnen de andere onderdelen van de substitutiemonitor.

2.3 Leeswijzer

In **Hoofdstuk 3** vindt u een beschrijving van de opzet van de ex-ante afsprakenmonitor. We beschrijven welke vragen beantwoord worden door dit deel van de monitor, waar de uitvraag aan zorgverzekeraars uit bestaat en welke bronnen er naast de gegevens uit de uitvraag zijn meegenomen in de analyse. Daarnaast is hier opgenomen wat de kanttekeningen zijn bij de uitkomsten uit deze ex-ante afsprakenmonitor.

Hoofdstuk 4 beschrijft de belangrijkste conclusies op basis van de ex-ante afsprakenmonitor. Hier leest u de inzichten die zijn voortgekomen uit het kwantitatieve en kwalitatieve deel van de monitor.

In **Hoofdstuk 5** schetsen we het toekomstperspectief voor substitutieafspraken en de rol van de substitutiemonitor hierin.

3 Opzet en inzicht vanuit de ex-ante afsprakenmonitor voor 2015

3.1 Inzichten vanuit de ex-ante afsprakenmonitor 2015

In de periode september tot en met december 2014 hebben we een uitvraag ontwikkeld voor de ex-ante afsprakenmonitor voor 2015. Tijdens de ontwikkeling hebben we VWS, verschillende zorgverzekeraars en een ramingsdeskundige bij ZN gesproken. Op basis van deze gesprekken hebben we een uitvraag ontwikkeld die antwoord geeft op de volgende vragen:

<u>Inzicht in de verwachte totale schadelast voor 2015</u>

1. Wat is de verwachte totale schadelast voor 2015 voor medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg?
2. Hoe verhoudt de verwachte totale schadelast per kader zich ten opzichte van de begrote kaders voor 2015?

<u>Inzicht in de (verwachte) substitutieafspraken voor 2015</u>

1. Wat voor substitutieafspraken zijn er gemaakt voor 2015 tussen aanbieders en zorgverzekeraars?
   - Omvang van de substitutieafspraken
   - Onderwerpen / doelgroepen voor substitutieafspraken
   - Wijze waarop substitutieafspraken worden gemaakt
2. Vanuit welke bronnen wordt de gevraagde extra zorg door substitutie binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg gefinancierd?

De substitutieafspraken zijn niet alleen specifieke substitutieafspraken voor directe verschuiving van zorg van tweede naar eerste lijn. Deze substitutieafspraken omvatten ook een deel van de extra investeringen in de eerste lijn ten behoeve van substitutie (bijvoorbeeld ketenzorg) met als doel kostengroei in de tweede lijn af te remmen; hierbij is geen één-op-één link met besparingen in de tweede lijn afgesproken.

De ex-ante afsprakenmonitor 2015 geeft hiermee op landelijk niveau inzicht in de verwachte financiële uitkomsten van de zorginkoop 2015 en de invloed van substitutieafspraken op deze uitkomsten. De focus ligt hierbij op de substitutie van de medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg naar de huisartsenzorg/multidisciplinaire zorg.

3.2 Methode ex-ante afsprakenmonitor

3.2.1 Kwantitatieve analyse

De ontwikkelde uitvraag vormt het kwantitatieve deel van het onderzoek voor 2015. De volgende zorgverzekeraars hebben eind december 2014 de uitvraag voor de ex-ante afsprakenmonitor 2015 ontvangen: Achmea, ASR, CZ, DFZ, DSW, ENO, Menzis, Multizorg (namens ASR, ONVZ, ENO, Zorg & Zekerheid), ONVZ, VGZ en Zorg & Zekerheid. Van alle zorgverzekeraars zijn de benodigde gegevens ontvangen in de week van 14 januari 2015.

De zorgverzekeraars hebben de volgende gegevens voor 2015 aangeleverd:

- Verwachte schadelast voor huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en geestelijke gezondheidszorg.
- Omvang van substitutieafspraken (euro's) met huisartsenzorg / multidisciplinaire zorg (stijging), medisch specialistische zorg (daling) en geestelijke gezondheidszorg (daling).

- Additionele informatie over de gemaakte substitutieafspraken: welke doelgroep, welke aanbieders betrokken, afspraken over volume en kwaliteit gemaakt?
- Verwachting van totaal budget dat binnen eerste lijn aan substitutie wordt besteed.
- Verwachte overheveling van budget van tweede naar eerste lijn.

In aanvulling op deze uitvraag hebben we cijfers over de totale schadelast medisch specialistische zorg ontvangen van ZN. Deze cijfers komen voort uit de uitvraag voor de monitor contracten medisch specialistische zorg die ZN in december 2014 bij de zorgverzekeraars heeft uitgevraagd.

We hebben alle getallen gebundeld tot het totaal aan verwachtingen op landelijk niveau. De totalen zijn in hoofdstuk 4 gerapporteerd.

3.2.2 Kwalitatieve analyse substitutieafspraken

Tijdens de ontwikkeling van de uitvraag voor de kwantitatieve analyse hebben we samen met ZN verschillende zorgverzekeraars gesproken over hun aanpak van het maken van substitutieafspraken voor 2015. Kwalitatieve inzichten uit deze interviews zijn opgenomen in deze rapportage.

3.3 Kanttekeningen bij de uitkomsten uit de ex-ante afsprakenmonitor

Er zijn drie kanttekeningen bij de uitkomsten van deze ex-ante afsprakenmonitor voor 2015.

Ten eerste is de omvang van de verwachte substitutieafspraken waarschijnlijk een onderschatting. Reden hiervoor is dat de afspraken voor 2015 nog niet allemaal zijn gemaakt. Vier van de tien zorgverzekeraars heeft in de week van 14 januari 2015 aangegeven nog bezig te zijn met het maken van afspraken. Twee van deze zorgverzekeraars hebben geen inschatting van de extra uitgaven aan substitutie opgenomen in de aanlevering omdat nog onbekend is welk budget ze hier aan uit gaan geven. Eén van hen heeft aangegeven nog midden in het proces van het maken van substitutieafspraken te zijn.

De tweede kanttekening is dat in deze ex-ante afsprakenmonitor zorg alleen is geoormerkt als substitutie wanneer hier specifieke afspraken over zijn gemaakt. Naast de gecontracteerde substitutie zal er nog meer (niet te traceren) substitutie van zorg plaatsvinden. Denk hierbij aan groei van de integrale ouderenzorg, het stimuleren van zorg op de juiste plek middels programma’s, het plaatsen van therapeutische injecties, et cetera. Deze onderwerpen komen beperkt terug in de aangeleverde substitutieafspraken terwijl dit wel zorg is die nu gesubstitueerd wordt naar de eerste lijn. Reden dat dit beperkt terug komt is dat sommige zorgverzekeraars dit niet als een specifieke substitutieafspraak zien; ze zien deze zorg als algemene praktijk en nemen de groei van deze zorg (onder andere door substitutie) mee in het toekennen van een algemene verhoging van het budget voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het niet opnemen van groei van deze zorg als aparte substitutieafspraak is een andere reden waarom de uitkomst van de totale substitutieafspraken voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg een onderschatting is van de omvang van de extra zorg geleverd door substitutie. Ook is het belangrijk om in ogenschouw te nemen dat de ex-ante afsprakenmonitor alleen de afspraken in kaart heeft gebracht over substitutie van zorg van medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg naar huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Afspraken over substitutie van zorg vanuit bijvoorbeeld de langdurige zorg naar de eerste lijn is niet in kaart gebracht.

Daarnaast is in de aanlevering van de cijfers geen rekening gehouden met de verzekerdenmutaties. Zoals ieder jaar heeft er rond de jaarwisseling een verschuiving van verzekerden plaatsgevonden. Volgens voorlopige cijfers is 6,5% van de verzekerden overgestapt naar een andere verzekering van

2014 naar 2015[4]. We verwachten dat dit een minimaal effect heeft op de afspraken met de ziekenhuizen en op de verwachte totale schadelast. De verzekerden zullen namelijk grotendeels dezelfde hoeveelheid zorg ontvangen die alleen bij een andere zorgverzekeraar wordt gedeclareerd.

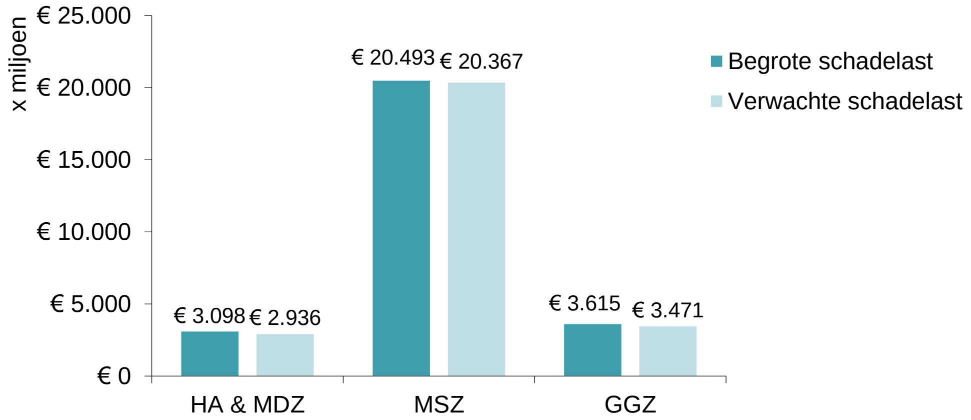
[4] Bron ZN en Vektis: https://www.zn.nl/nieuws/pers/persbericht/?newsitemid=97681408

4 Conclusies op basis van de uitkomsten van de ex-ante afsprakenmonitor 2015

Op basis van de uitkomsten van de ex-ante afsprakenmonitor 2015 zijn vier conclusies te trekken over de verwachting voor 2015. Deze conclusies betreffen enerzijds de verwachte totale schadelast voor 2015 en anderzijds de gemaakte en verwachte afspraken over substitutie.

4.1 De verwachte totale schadelast voor 2015 valt binnen de begrote kaders voor 2015

De verwachte totale schadelast voor 2015 zoals aangeleverd door de zorgverzekeraars valt binnen de begrote kaders[5] voor 2015 (Figuur 1). Dit geldt zowel voor het kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, het kader medisch specialistische zorg, als het kader geestelijke gezondheidszorg.



Figuur 1. Verwachte totale schadelast ten opzichte van begrote schadelast voor huisartsenzorg (HA) en multidisciplinaire zorg (MDZ)[6], medisch specialistische zorg (MSZ)[7] en geestelijke gezondheidszorg (GGZ)[8]

Er zijn twee redenen waarom er op dit moment voorzichtigheid geboden is in het trekken van conclusies op basis van deze cijfers. Ten eerste kan de uiteindelijke schadelast voor huisartsenzorg hoger uitvallen. Dit komt enerzijds omdat deze is gebaseerd op open einde contracten. In een open

[5] Een uitgebreide toelichting op de gebruikte cijfers voor de begrote schadelast is te vinden in bijlage 1 van dit rapport. In de voetnoten bij Figuur 1 wordt een korte samenvatting hiervan gegeven.

[6] Begrote schadelast voor HA en MDZ is de Rijksbegroting 2015 plus nominale groei (0,79%) minus budget voor ondersteuning / kwaliteitsgelden (ZINL staten rubriek 16, code 730, Kwaliteitsgelden). De Rijksbegroting bevat ook budget voor stoppen-met roken, dieetadvisering en voetzorg. Alleen als deze door de zorgverzekeraars als aparte prestatie worden gedeclareerd zijn deze niet opgenomen in de verwachte schadelast HA en MDZ. We verwachten dat kosten voor deze aparte prestaties een minimaal aandeel in de totale schadelast MDZ hebben.

[7] Begrote schadelast voor MSZ is het resultaat uit het onderhandelaarsakkoord MSZ (€21.168 miljoen) minus de korting voor verkorting van de doorlooptijd (€675 miljoen). Indien deze korting nog niet is verwerkt in de cijfers aangeleverd door de zorgverzekeraars, is het aangeleverde cijfer gecorrigeerd middels een procentuele korting van 3,19% (gebaseerd op €675 / €21.168).

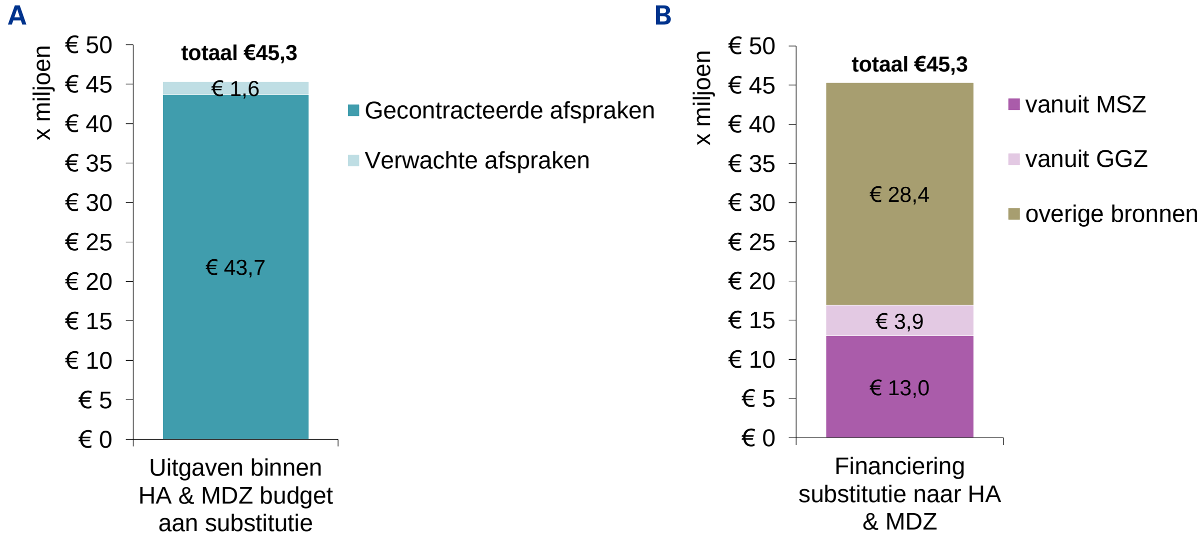
[8] Begrote schadelast voor GGZ is de Rijkbegroting 2015 plus nominale groei (0,79%) minus budget voor kwaliteitsgelden GGZ.

einde contract is de schadelast per contractant niet gelimiteerd, zoals vaak wel het geval is binnen de medisch specialistische zorg. Als er meer zorg wordt geleverd door een huisarts dan wordt er een hogere vergoeding uitgekeerd aan de huisarts. Daarnaast wordt de verwachte schadelast aangevuld met nog te maken substitutieafspraken in 2015. Het is dus nog onduidelijk hoe het kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zich precies opvult. De andere reden is dat de bedragen voor medisch specialistische zorg door veel zorgverzekeraars nog niet zijn gecorrigeerd voor de budgetverlaging vanwege verkorting van de doorlooptijd van DOT's van 365 naar 120 dagen. In het opmaken van de totaalsom hebben we hiervoor op basis van een procentuele korting gecorrigeerd. Het is nog onduidelijk hoe deze afspraken in de praktijk gaan uitpakken.

Op dit moment is er daarom geen aanleiding om overschrijdingen van de kaders voor 2015 te verwachten. Dit is dus echter geen garantie dat de verschillende sectoren binnen deze kaders gaan blijven, aangezien dit slechts beperkt voorspellend is. Tegelijkertijd is het ook nog niet zeker of de maximale groeiruimte binnen de huisartsenzorg en multisdisciplinaire zorg volledig wordt benut. Periodieke bijstelling van de verwachte totale schadelast gedurende 2015 en 2016 in de lopende substitutiemonitor gaat inzicht geven wat het werkelijke resultaat is.

4.2 Zorgverzekeraars verwachten in 2015 voor minimaal €45 miljoen aan substitutieafspraken te maken binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

De uitkomst van de ex-ante afsprakenmonitor is dat zorgverzekeraars voor minimaal €45,3 miljoen aan substitutieafspraken verwachten te maken binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor 2015 (Figuur 2A). Dit is 1,54% van het totale verwachte schadelast voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Dit percentage is toevalligerwijze ongeveer gelijk aan de extra groei van 1,5% van het budget voor substitutie en innovatie. Er kunnen op dit moment nog geen gevolgen voor de financiële kaders worden verbonden aan het feit dat er voor €45 miljoen aan substitutieafspraken zijn gemaakt. Het is nog onbekend of deelkaders worden overschreden en wat de mogelijke invloed van substitutie hierop is. Daarnaast betekent het feit dat er voor €45 miljoen aan substitutieafspraken wordt gemaakt niet dat het kader eerste lijn met dit volledige bedrag zou moeten worden opgehoogd om geen overschrijding van dat deelkader te krijgen. Een deel van het geld is namelijk afkomstig vanuit de reeds beschikbare 2,5% groei van het deelkader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, bestaande uit 1% volumegroei en 1,5% extra groei voor substitutie en innovatie (Figuur 2B, deel van "overige bronnen). Het andere deel van de substitutieafspraken binnen eerste lijn financieren individuele zorgverzekeraars vanuit het budget medisch specialistische zorg ("vanuit MSZ"), het



Figuur 2. A. Omvang van gecontracteerde en verwachte substitutieafspraken binnen huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (HA & MDZ). B. Bronnen van financiering van substitutieafspraken binnen huisartsenzorg (HA) en multidisciplinaire zorg (MDZ)

budget geestelijke gezondheidszorg ("vanuit GGZ") of besparingen op andere budgetten zoals farmacie en diagnostiek (deel van "overige bronnen'). Helaas was de huidige opzet van de ex-ante afsprakenmonitor niet toereikend om de "overige bronnen" verder te specificeren; dit wordt meegenomen in de ex-post monitor voor 2015 zodat deze uitsplitsingen dan wel mogelijk zijn. Daarnaast geeft Figuur 2B slechts een indicatie van de verhoudingen van de verschillende bronnen omdat nog niet alle afspraken waren uitgekristalliseerd op het moment van de uitvraag.

In totaal hebben zes van de tien zorgverzekeraars afspraken over substitutie gemaakt. Veelvoorkomende onderwerpen voor substitutieafspraken zijn Keel, Neus en Oor (KNO) zorg, dermatologie, cardiologie / cardiovasculair risicomanagement (CVRM), diabetes mellitus type II, COPD / astma, bewegingsapparaat, praktijkondersteuning geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) en kwetsbare ouderen. In het kader op de volgende pagina leest u meer over een voorbeeld substitutieafspraak voor substitutie van zorg voor het bewegingsapparaat.

Een deel van de substitutieafspraken zijn specifiek toe te wijzen aan de huisartsenzorg of de multidiscplinaire zorg. Uit de uitvraag blijkt dat €14,4 miljoen van de €43,7 miljoen aan gecontracteerde substitutieafspraken specifiek is toe te wijzen aan de multidisciplinaire zorg. Het gaat hierbij om afspraken over extra investering in 2015 ten opzichte van 2014 in de ketenzorg voor COPD / astma, CVRM en diabetes en zorg voor kwetsbare ouderen. €10,7 miljoen van de gecontracteerde afspraken in 2015 is toe te wijzen aan het budget huisartsenzorg voor de overige onderwerpen voor substitutie. Daarnaast is €18,6 miljoen van de gecontracteerde substitutieafspraken nog niet specifiek toegewezen aan huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg.

De verwachting van €45,3 miljoen aan substitutieafspraken in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is een onderschatting van de totale afspraken die in 2015 over substitutie zullen worden gemaakt. Reden hiervoor is dat vier van de tien zorgverzekeraars aangeven dat ze nog bezig zijn met het maken van aanvullende afspraken over substitutie. Zij verwachten in de loop van 2015 de afspraken concreet te maken. Twee van hen hebben het budget waarin zij dit verwachten te doen aangegeven (blokje verwachte afspraken in Figuur 2A). De andere twee zorgverzekeraars, waarvan één grote zorgverzekeraar, hebben geen verwachting voor de eerste lijn aangegeven. Hun verwachting is daarom niet opgenomen in Figuur 2A, waardoor het totaal van verwachte afspraken een onderschatting is.

Daarnaast geeft de uitkomst van deze ex-ante afsprakenmonitor geen volledig beeld van de extra kosten die in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg worden gemaakt als gevolg van substitutie. Reden hiervoor is dat in de ex-ante afsprakenmonitor alleen specifieke substitutieafspraken binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zijn opgenomen. Sommige zorgverzekeraars maken geen specifieke afspraken met huisartsen en zorggroepen over substitutie. Deze zorgverzekeraars stimuleren substitutie binnen huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg door het ophogen van het budget van de huisartsen met de extra 1,5% groei voor substitutie en innovatie (bovenop de 1% volumegroei). Zij gaan er vanuit dat huisartsen dit budget gebruiken om de zorg te dekken die zij extra leveren vanwege substitutie. Dit heeft als gevolg dat er een hoger bedrag dan deze €45,3 miljoen wordt uitgegeven aan extra huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg als gevolg van substitutie. De totale omvang van de kosten voor extra zorg geleverd door substitutie kan met deze ex-ante afsprakenmonitor niet goed in kaart worden gebracht.

Voorbeeld substitutieafspraak – substitutie van zorg voor het bewegingsapparaat

Dit kader schetst een voorbeeld van een substitutieafspraak die is gemaakt door een zorgverzekeraar met een groep huisartsenpraktijken over diagnose en advies bij klachten aan het bewegingsapparaat. Deze afspraak betreft een pilot project. Bij positieve resultaten kan de pilot worden omgezet in een definitief regioregieproject.

Inhoud substitutieafspraak
Diagnostiek en advies door kaderhuisarts bewegingsapparaat in eerste lijn in plaats van de orthopeed in de tweede lijn bij klachten aan het bewegingsapparaat (orthopedie).

Betrokkenen bij de substitutieafspraak
Contract met drie huisartsenpraktijken (tien huisartsen) met een populatie van 11.000 patiënten. Uitbreiding naar andere praktijken in de omgeving is mogelijk als pilot en capaciteit positief worden ervaren. De functie van de kaderhuisarts kan eventueel ook worden vervangen door de orthopeed in een 1,5-lijn setting. In de loop van Q2 2015 wordt verwacht dat de orthopeden zullen aanhaken op deze pilot en mogelijk op een andere plek binnen hun werkgebied volgens eenzelfde opzet gaan werken.

Ingangsdatum en contractduur
Contract gaat in per 1 januari 2015 en heeft een looptijd van drie jaar.

Wat levert de substitutieafspraak op?
Het aantal onnodige verwijzingen naar de tweede lijn wordt gereduceerd. Hierdoor zullen er minder polikliniek bezoeken en bijbehorende diagnostiek in de tweede lijn worden gedeclareerd. De kosten voor consult en diagnostiek in de eerste lijn zijn lager dan de kosten in de tweede lijn; de besparing is ongeveer 100 euro per verrichting. Daarnaast wordt door betere afstemming tussen kaderhuisarts en orthopeed ook dubbele diagnostiek bij een terechte verwijzing naar de tweede lijn voorkomen. Op basis van deze pilot wordt in een toekomstig project het besparingspotentieel omschreven.

Borging kwaliteit van zorg bij substitutie
De werkwijze van kaderhuisarts is inhoudelijk met de orthopeden van het ziekenhuis in de regio afgestemd en door hen als zeer positief beoordeeld. De kwaliteit van verwijzingen zal toenemen door het periodiek bespreken van de verwijscijfers en eventuele aandachtspunten. Daarnaast wordt een hoge patiënttevredenheid verwacht: de patiënt ervaart minimaal dezelfde kwaliteit van zorg, met minder wachttijd, dichtbij huis. Daarnaast wordt zijn eigen risico niet in rekening gebracht.

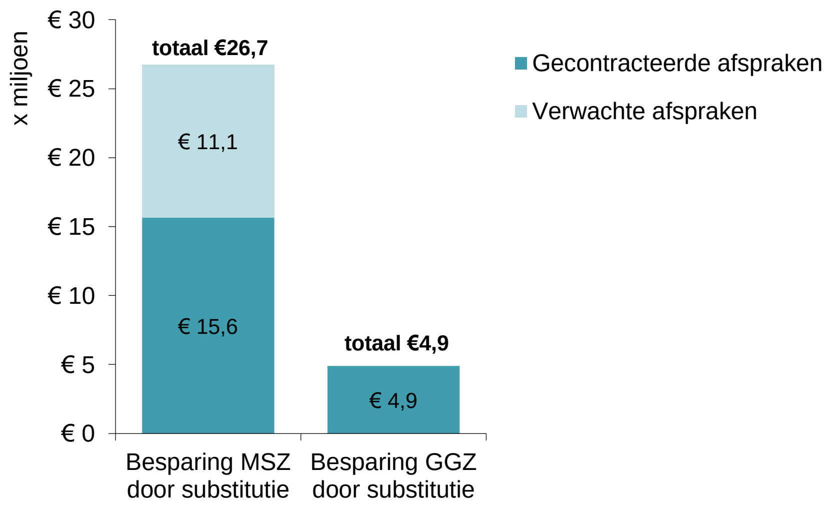
Monitoren van de afspraak (kosten, volume en kwaliteit)
Jaarlijks worden de volgende data verzameld en gerapporteerd waarmee kosten, volume en kwaliteit van de substitutieafspraak kunnen worden gemonitord:

- Verwijscijfers naar 1,5^{e} lijnsvoorziening, inclusief de beoordeling hoeveel patiënten daarvan ‘terecht’ is verwezen (verwijsprotocol juist gevolgd)
- Aantal patiënten dat na diagnostiek & behandeladvies na een half jaar alsnog naar de 2^{e} lijn is verwezen voor behandeling (graadmeter voor effect van interventie door kaderhuisarts/specialist)
- Gedeclareerde kosten 1,5^{e} lijn
- Theoretische besparingen op basis van monitor
- Patiënttevredenheid voor alle geïncludeerde patiënten

4.3 Substitutieafspraken binnen MSZ en GGZ leveren besparingen die niet volledig worden overgeheveld naar de eerste lijn

Zorgverzekeraars verwachten voor €26,7 miljoen en €4,9 miljoen aan specifieke substitutieafspraken te maken binnen de medisch specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg, respectievelijk (Figuur 3). De besparingen op de budgetten medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg door deze substitutieafspraken omvatten respectievelijk 0,13% en 0,14% van de verwachte totale schadelast voor deze budgetten. De substitutieafspraken met de tweede lijn omvatten een korting op het budget door niet meer te leveren zorg vanwege substitutie. De ene zorgverzekeraar baseert deze korting op volumeverschuiving voor specifieke onderwerpen, de andere zorgverzekeraar hanteert een meer algemene korting vanwege verwachte substitutie.

Zorgverzekeraars hevelen de besparingen door substitutieafspraken binnen medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg niet integraal over naar de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. De verwachting is dat €13,0 miljoen van de €26,7 miljoen besparing in medisch specialistische zorg door zorgverzekeraars wordt besteed aan substitutieafspraken in de eerste lijn (Figuur 3 en 2B). Voor de geestelijke gezondheidszorg is dit €3,9 miljoen van de €4,9 miljoen (Figuur 3 en 2B. Dit is conform de gedachte van substitutie dat de eerste lijn de gesubstitueerde zorg voor minder geld kan leveren dan de tweede lijn.



Figuur 3. Omvang van verwachte besparingen binnen medisch specialistische zorg (MSZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) door gecontracteerde en verwachte substitutieafspraken.

4.4 De wijze waarop zorgverzekeraars afspraken maken over substitutie verschilt

Uit de gesprekken die we met zorgverzekeraars hebben gevoerd blijkt dat er verschillende wijzes zijn waarop zorgverzekeraars afspraken maken over substitutie. Hieronder geven we een toelichting op hoe verschillende zorgverzekeraars omgaan met het reserveren (en vrijmaken) van budget voor substitutie naar de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Daarnaast lichten we twee manieren van contracteren van substitutie toe.

Zorgverzekeraars verschillen in aanpak in hoeverre ze vooraf budget reserveren voor substitutie. De ene zorgverzekeraar heeft afgebakend welke bedragen er binnen de verschillende budgetten gaan

verschuiven en daarmee beschikbaar komen voor substitutie binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Een andere zorgverzekeraar bekijkt per substitutie initiatief in het veld of ze hiervoor geld vanuit een ander budget vrij kunnen maken. Weer een andere zorgverzekeraar heeft een algemene besparing in de inkoop op medisch specialistische zorg of andere zorg gerealiseerd. Deze verzekeraar laat de mogelijke overheveling van een deel van de besparing naar het budget huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg volledig afhangen van de kwaliteit van de ingediende substitutievoorstellen. Zij stellen niet direct een maximum aan het te besteden budget aan substitutie in de eerste lijn. Over het algemeen kan geld ook worden overgeheveld vanuit andere deelkaders dan de medisch specialistische zorg of de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld de farmacie.

Het maken van substitutieafspraken op basis van business cases voor substitutie

Een aantal zorgverzekeraars hebben in lijn met de afspraken in het onderhandelaarsakkoord[9] een verzoek gedaan aan het veld om business cases voor substitutie aan te leveren. In deze business cases worden aanbieders gevraagd om inzichtelijk te maken wat hun plan is voor substitutie, welke partners betrokken zijn en welke besparing het kan opleveren. De zorgverzekeraars werken vaak samen met de indienende partijen om te komen tot een uitwerking van de business case, bijvoorbeeld door inzicht te geven in de huidige volumes van ziekenhuiszorg op basis van declaratiedata. Het verzamelen van deze business cases kan in één of meerdere rondes per jaar gebeuren. Deze business cases kunnen uiteindelijk leiden tot bipartite afspraken (huisarts/zorggroep of ziekenhuis met zorgverzekeraar) of tripartite afspraken (huisarts/zorggroep-ziekenhuis-zorgverzekeraar).

Een andere aanpak is het werken met algemene kortingen en investeringen ten goede van substitutie

Een andere aanpak is dat de zorgverzekeraar een algemene korting op het ziekenhuisbudget of budget geestelijke gezondheidszorg afspreekt vanwege substitutie. Het kan zijn dat de zorgverzekeraar dit onderbouwt met volumes en tarieven op basis van substitutie van specifieke zorg. De zorgverzekeraar gebruikt het vrijgekomen budget om extra te kunnen investeren in bijvoorbeeld de ketenzorg voor diabetes, COPD/astma en CVRM of de praktijkondersteuning geestelijke gezondheidszorg. Hierover maken ze contractafspraken met de huisartsen of zorggroepen.

[9] *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017*, 16 juli 2013, http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-eerste-lijn-2014-tot-en-met-2017.html

5 Toekomstperspectief voor substitutieafspraken

In dit hoofdstuk leest u meer over het toekomstperspectief voor substitutie en de rol van de substitutiemonitor hierin.

5.1 Een belangrijke eerste stap is gezet in het maken van specifieke substitutieafspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders

Zorgverzekeraars en aanbieders hebben voor 2015 een belangrijke eerste stap gezet om meer afspraken over substitutie te maken. De substitutieafspraken omvatten voor 2015 ongeveer 1,54% van de totale verwachte schadelast voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en 0,13% van het budget voor de medisch specialistische zorg. Zorgverzekeraars geven aan dat het voor alle partijen een nieuwe manier van denken is om de substitutieafspraken te concretiseren. Hieronder lichten we op basis van onze gesprekken met zorgverzekeraars toe welke stappen er nog moeten worden gezet om substitutie op grotere schaal op gang te brengen.

Bij zorgverzekeraars is er op dit moment een drempel om extra geld in de eerste lijn te investeren. Deze drempel wordt veroorzaakt door het feit dat zorgverzekeraars geld op andere plekken vrij moeten maken voordat zij extra geld in de eerste lijn uit kunnen geven zonder het totale budget curatieve zorg te overschrijden. Sommige zorgverzekeraars vinden dit lastig omdat het in veel gevallen een andere manier van inkoop en organisatie vraagt. De verschillende accounts moeten namelijk meer als communicerende vaten gaan werken. Dit houdt bijvoorbeeld in dat tijdens de zorginkoop verschuiving van zorg en bijbehorend budget tussen het account ziekenhuiszorg en het account huisartsenzorg mogelijk moet worden gemaakt. Goede communicatie tussen en het stroomlijnen van het inkoopbeleid voor verschillende afdelingen binnen zorgverzekeraars is nodig om verschuiving tussen budgetten mogelijk te maken.

Grootschalige substitutie vraagt van de eerste lijnsaanbieders dat de organisatiegraad van de eerste lijn en de schaalgrootte van de substitutieafspraken wordt verhoogd. Zorgverzekeraars geven aan dat de organisatiegraad en de schaalgrootte van substitutieprojecten in de eerste lijn op dit moment nog van onvoldoende omvang is om op grote schaal substitutie op gang te brengen.

De omslag die van tweedelijnsaanbieders wordt gevraagd is dat ze de bepaalde zorg moeten loslaten die ook door de eerste lijn kan worden geleverd. Dit is lastig omdat het niet meer leveren van bepaalde zorg binnen de tweede lijn directe financiële gevolgen heeft voor de tweede lijnsaanbieder.

Als laatste is het voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars een uitdaging om aan te tonen dat daadwerkelijk substitutie heeft plaatsgevonden. De vertaling naar concrete substitutieafspraken is lastig omdat de vertaling van eerste lijnsactiviteiten naar tweede lijnszorg (in DOT's) vaak niet één op één te maken is. Hierdoor is het lastig om substitutie aantoonbaar te maken. Daarnaast is het van belang om te kunnen monitoren en sturen op substitutie binnen lopende afspraken. Op dit moment wordt dit nog beperkt door het ontbreken van een betrouwbare informatiestroom met verwijsinformatie vanuit de huisartsinformatiesytemen en de vertraagde informatiestroom van tweedelijns declaraties (DOT's). Verbetering van de informatiestroom voor verwijzen kan ondersteunen bij het verder op gang brengen van substitutie.

5.2 De substitutiemonitor creëert extra bewustzijn voor het concreet maken van substitutie

Verschillende zorgverzekeraars hebben benoemd dat het ontwikkelen van de substitutiemonitor en de gedetailleerde uitvraag van de substitutieafspraken extra bewustzijn heeft gecreëerd bij zorgverzekeraars voor het concreet maken van afspraken van substitutieafspraken. We verwachten dat de omvang van de substitutieafspraken door dit extra bewustzijn in 2016 hoger zal zijn dan in 2015. We verwachten ook dat de omvang van de afspraken voor 2016 positief wordt beïnvloed door de ervaring die zorgverzekeraars en aanbieders hebben opgedaan tijdens het maken van substitutieafspraken voor 2015.

5.3 Ex-post uitvragen van de gemaakte substitutieafspraken geeft volledig inzicht in de gemaakte afspraken voor 2015

De huidige cijfers op basis van de ex-ante afsprakenmonitor geven geen volledig inzicht in de gemaakte substitutieafspraken voor 2015. Reden hiervoor is dat op het moment van uitvraag nog niet alle afspraken over substitutie voor 2015 zijn gemaakt. Om een volledig beeld te krijgen wordt er in 2016 in de ex-post afsprakenmonitor opnieuw gevraagd naar de substitutieafspraken die voor 2015 zijn gemaakt. Daarnaast wordt in de ex-post uitvraag voor 2015 gevraagd naar een specificatie van de financieringsbronnen voor de substitutieafspraken en een toewijzing van de afspraken naar huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg. We verwachten dat er voor 2016 een beter ex-ante inzicht kan worden gegeven wanneer het tijdstip van de uitvraag van de ex-ante afsprakenmonitor 2016 iets naar achteren wordt verplaatst, bijvoorbeeld naar maart 2016 in plaats van januari.

5.4 Periodieke bijstelling van de verwachte schadelast geeft meer grip op de opvulling van de totale kaders

Elk kwartaal worden cijfers over de verwachte schadelast voor de verschillende sectoren bijgesteld. Deze cijfers worden opgenomen in de substitutiemonitor. Hierdoor krijgen de betrokken partijen meer inzicht in de opvulling van de verschillende kaders. De bronnen voor deze bijstelling van de schadelast zijn enerzijds de declaraties die bij Vektis bekend zijn (huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg) en anderzijds de ramingen die door zorgverzekeraars aan ZINL / ZN worden aangeleverd. Al de gegevens uit de substitutiemonitor worden gebundeld in een rapportage die elk kwartaal wordt ververst en beschikbaar wordt gesteld aan de betrokken partijen. Ongeveer twee jaar na start van contractjaar is hiermee inzicht in de gerealiseerde schadelast voor het contractjaar. Op dat moment kan er definitief uitsluitsel worden gegeven over eventuele overschrijdingen van de kaders.

5.5 Substitutiemonitor is een signalerend instrument

In de huidige vorm is de substitutiemonitor een signalerend instrument voor overschrijdingen en de mogelijke invloed van substitutie hierop. Hierbij moet in ogenschouw worden genomen dat het contracteren van substitutie niet betekent dat substitutie in de praktijk ook wordt gerealiseerd. Indien er sprake zou zijn van een overschrijding van het (aangepaste) kader kan verdiepend onderzoek naar de oorzaak van de overschrijding gewenst zijn. Hierbij dient ook in ogenschouw te worden genomen dat er overheveling vanuit andere deelkaders dan MSZ en GGZ, bijvoorbeeld farmacie, kan plaatsvinden om een overschrijding in de eerste lijn te compenseren.

Bijlage 1 Extra toelichting begrote bedragen voor totale schadelast

Hieronder is per kader in detail beschreven hoe we tot het begrote bedrag zijn gekomen waarmee we de aangeleverde cijfers uit de ex-ante afsprakenmonitor vergelijken.

Huisartsenzorg

Begroot bedrag = Rijksbegroting 2015[10] huisartsenzorg (p.7) + nominale groei van 0,79% - budget voor ondersteuning/kwaliteitsgelden
Begroot bedrag = €2671,2 miljoen + €21,1 miljoen – €28,3 miljoen = €2692,3 miljoen

De nominale groei is bepaald op basis van cijfers in het document *Bepaling macro-deelbedragen 2015* van VWS[11]. De definitieve nominale groei wordt in de loop van 2015 door VWS vastgesteld. Onder de Rijksbegroting huisartsenzorg vallen de posten uit de ZINL staten 503 Bijzondere betalingen, 504 Avond-, nacht- en weekenddiensten, 505 Inschrijftarieven, 506 Consulttarieven, 507 Overige tarieven 515 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen. Daarnaast bevat de Rijksbegroting ook het budget voor ondersteuning/kwaliteitsgelden (ZINL staat rubriek 16, code 730, Kwaliteitsgelden). Dit budget is 28,3 miljoen voor 2015. In de aangeleverde cijfers van de zorgverzekeraars is deze rubriek niet opgenomen. Het budget voor ondersteuning/kwaliteitsgelden is in mindering gebracht op het begrote bedrag om een goede vergelijking met de aangeleverde cijfers te maken.

Multidisciplinaire zorg (MDZ)

Begroot bedrag = Rijksbegroting 2015 MDZ (p. 7) + nominale groei van 0,79%
Begroot bedrag = €430,4 miljoen + €3,4 miljoen = €433,8 miljoen

De nominale groei is bepaald op basis van cijfers in het document *Bepaling macro-deelbedragen 2015* van VWS. De definitieve nominale groei wordt in de loop van 2015 door VWS vastgesteld. Onder de Rijksbegroting multidisciplinaire zorg vallen de posten uit de ZINL staten 510 Multidisciplinaire zorg en 516 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ. Ook bevat de Rijksbegroting bedragen voor dieetadvisering, voetzorg en Stoppen-met-Roken programma. In principe worden de kosten voor deze zorg binnen de ketenzorg gedeclareerd. Er zijn geen kosten voor Stoppen-met roken, dieetadvisering en voetzorg opgenomen in de cijfers aangeleverd door zorgverzekeraars als deze zorg als aparte prestatie wordt gedeclareerd. In theorie zou de kosten voor de aparte prestaties in mindering moeten worden gebracht op de begroting om een goede vergelijking met de aangeleverde cijfers van de zorgverzekeraars te maken. We verwachten echter dat apart gedeclareerde stoppen-met-roken, dieetadvisering en voetzorg een minimaal aandeel in de totale kosten heeft. We hebben hier daarom niet voor gecorrigeerd.

Medisch specialistische zorg (MSZ)

Begroot bedrag = Onderhandelaarsakkoord MSZ – korting vanwege verkorting doorlooptijd DBC
Begroot bedrag = €21.168 miljoen - €675 miljoen = €20.493 miljoen

[10] *Rijksbegroting 2015 - XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 16 september 2014, http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/begrotingen/2014/09/16/xvi-volksgezondheid-welzijn-en-sport-rijksbegroting-2015.html

[11] *Bepaling macrodeelbedragen 2015*, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 14 oktober 2014, http://www.zorginstituutnederland.nl/zoeken?query=macrodeelbedragen

Als begroot bedrag voor medisch specialistische zorg is het bedrag uit het onderhandelaarsakkoord medisch specialistische zorg genomen[12]. Voor dit bedrag is uitgegaan van een indexering van 0,87% (persoonlijke communicatie ZN). De definitieve indexering wordt in de loop van 2015 door VWS vastgesteld. Onder het bedrag uit het onderhandelaarsakkoord valt niet de zorg geleverd door trombosediensten en eerstelijns diagnostiek aangevraagd door eerstelijns zorgaanbieders en geleverd door huisartsenlaboratoria. Deze bedragen zijn daarom buiten de uitvraag aan zorgverzekeraars gehouden. Verder sluit de definitie aan bij de definitie van medisch specialistische zorg in de ZINL staten. In 2015 is de doorlooptijd van de DOT zorgproducten verkort van 365 naar 120 dagen. VWS heeft hiervoor een éénmalige verlaging van het budget doorgevoerd van €669 miljoen (prijspeil 2014). Na voorlopige indexering is dit €675 miljoen (prijspeil 2015). Dit bedrag is in mindering gebracht op het onderhandelaarsakkoord. Indien zorgverzekeraars in de aangeleverde cijfers nog geen rekening hadden gehouden met deze verlaging hebben we hun cijfers op basis van de korting van 3,19% (675 / 21.268) gecorrigeerd om tot een getal te vergelijken met het begrote bedrag te komen.

Geestelijke gezondheidszorg

Begroot bedrag = Rijksbegroting 2015 GGZ (p. 7) + nominale groei van 0,79% - kwaliteitsgelden GGZ
Begroot bedrag = €3592,1 miljoen + €28,4 miljoen - €5 miljoen = €3615,5 miljoen

De nominale groei is bepaald op basis van cijfers in het document *Bepaling macro-deelbedragen 2015* van VWS. Onder de Rijksbegroting geestelijke gezondheidszorg vallen de posten uit de ZINL staten 661 Kosten van specialistische GGZ met verblijf, 661.1 Kosten LGGZ, 662 Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf en 665 Kosten generalistische basis GGZ. Het bedrag in de Rijksbegroting bevat eveneens de kwaliteitsgelden GGZ die €5 miljoen omvatten en de beschikbaarheidsbijdrage. De financiering van de beschikbaarheidsbijdrage verloopt via declaraties of verrekening via de zorgverzekeraars. Dit bedrag zit daarom in de aangeleverde cijfers van de zorgverzekeraars. De aangeleverde cijfers van de zorgverzekeraars bevatten niet de kwaliteitsgelden. Deze €5 miljoen zijn daarom in mindering gebracht op het getal uit de Rijksbegroting om het totaal van de zorgverzekeraars met het goede bedrag te vergelijken.

[12] *Factsheet macrokader medisch-specialistische zorg 2015,* NFU, NVZ, ZKN en ZN, 2014, via ZN verkregen

Bijlage 2 Definities en afkortingen gebruikt in dit document

Hieronder vindt u een korte toelichting op de gebruikte definities en afkortingen in dit document.

Begrote schadelast	de verwachte zorgkosten die VWS heeft begroot voor de verschillende kaders, eventueel gecorrigeerd om een goede vergelijking met de aangeleverde cijfers te maken
Budget neutraal	budget neutraal houdt in dat de optelsom van de kaders voor curatieve zorg binnen de totale begroting voor deze kaders valt. Verschuiving van geld tussen kaders kan alleen budget neutraal wanneer de gerealiseerde besparing door bijvoorbeeld substitutie niet meer binnen datzelfde kader wordt besteed en dus echt is "vrijgemaakt" voordat het wordt verschoven naar een ander kader
Eerstelijn	huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
HA	huisartsenzorg
MBI	macrobeheersinstrument
MDZ	multidisciplinaire zorg, dit omvat volgens de Rijksbegroting 2015 de ketens Diabetes, COPD en Vasculair Risicomanagement, geïntegreerde eerstelijnszorg en Stoppen met Roken programma
MSZ	medisch specialistische zorg
Substitutie	de verplaatsing van huidige zorg en middelen van de tweede naar de eerste lijn. Daarnaast omvat deze substitutie het behoud van doelgroepen in de eerste lijn en het voorkomen dat deze patiënten in de toekomst tweede lijnszorg nodig hebben.
Substitutieafspraak	afspraak over substitutie met eerste en/of tweede lijn die is vastgelegd in een overeenkomst. Dit kunnen p*q afspraken over verschuiving van volume. Dit kan ook een beoogde substitutiekorting of investering wegens substitutie zijn die is meegenomen in de contractonderhandeling en waarvoor het contract al ondertekend is
Tweede lijn	medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg
Verwachte schadelast	de verwachte zorgkosten volgens zorgverzekeraars voor de verschillende kaders op basis van de uitkomst van hun contractering

Disclaimer

Dit rapport is met grote zorgvuldigheid door KPMG Advisory N.V. samengesteld in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan Zorgverzekeraars Nederland. KPMG Advisory N.V. aanvaardt geen aansprakelijkheid voor de consequenties die partijen aan dit rapport verbinden aangezien dit de eigenstandige verantwoordelijkheid van de veldpartijen is.

De aard van de werkzaamheden houdt in dat wij geen accountantscontrole, beoordelingsopdracht of andere assuranceopdracht hebben uitgevoerd. Daarom kan aan onze rapportage geen zekerheid met betrekking tot de getrouwheid van financiële of andere informatie worden ontleend.

Contact

David Ikkersheim
KPMG Plexus
T (020) 656 4354
E ikkersheim.david@kpmgplexus.nl

Hanneke Wittgen
KPMG Plexus
T (020) 656 4388
E wittgen.hanneke@kpmgplexus.nl

www.kpmg.nl

www.kpmgplexus.nl